

記入例

被保険者証記号番号		A123 4567	
世帯主	住所	大野城市曙町△-□	
	氏名	大野 ジョー	生年月日 昭和〇年〇月〇日
限度額適用 減額対象者	氏名	大野 まどか	個人番号
	世帯主との続柄		生年月日 昭和〇年〇月〇日
長期入院	該当	非該当	交通事故等の第三者行為 有・無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	過去1年間に90日を超える入院があった場合のみ記入してください	
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	年間 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

証交付を希望する方の氏名を記入してください

過去1年間に90日を超える入院があった場合のみ記入してください

申請者として世帯主の現住所・世帯主氏名を記入してください

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和●年 ●月 ●日

住所 大野城市曙町△-□

世帯主名 (申請者) 大野 ジョー

個人番号

電話番号 △△△-〇〇〇〇-□□□□

福岡県大野城市長

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)